

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

128

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Francisco VARGAS V.

Né à Palmira (Costa-Rica), le 23 Septembre 1910

Contribution à l'étude du
Diagnostic et du Traitement
précoces
de la Syphilis Cardio-Aortique

Président : M. TANON, Professeur

Librairie L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17 — PARIS (V^e)

1935

158

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Francisco VARGAS V.

Né à Palmira (Costa-Rica), le 23 Septembre 1910

Contribution à l'étude du Diagnostic et du Traitement précoces de la Syphilis Cardio-Aortique

Président : M. TANON, Professeur

Librairie L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17 — PARIS (V°)

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOUET.
Clinique des maladies mentales et des ma-	
ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphi-	
litiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé-	PROUST.
die	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	
dulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale... ..	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	L'ABBÉ HENRI.
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SENÈQUE.
Pathologie expérimentale	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT-
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

	ABRAMI.
	ALAJOUANINE.
	AUBERTIN.
	BRULÉ.
	CHABROL.
	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DONZELOT.
	DUVOIR.
	HARVIER.
	LIAN.
	PASTEUR-VALLERY-
	RADOT.
	SÉZARY.
	BASSET.
	BROCO.
	CADENAT.
	GATELLIER.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
	MOCQUOT.
	MOURE.
	QUÉNU.
	SCHWARTZ.
	VELTER.
Clinique obstétricale.....	ECALLE.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MERE BIEN-AIMÉE

Puis-je te montrer mon amour
et ma gratitude par si peu de chose?

A MON NOBLE PÈRE

Que je n'ai pas eu le bonheur
de revoir...

A la mémoire sacrée de cet homme,
de qui, même le dernier vœu,
fut un geste de sacrifice pour mon
bonheur. Père, je n'ai pas de mots
pour t'exprimer ma reconnaissance.

FRÈRES ET SOEURS

Ne cherchez pas ici une formule.
Cherchez plutôt ma gratitude et
mon respect.

A LA DOUCE MEMOIRE DE MA GRAND'MERE
JUSTA PASTORA VARGAS
et de MON CHER FRERE CHEPITO VARGAS

A qui j'aurais bien voulu donner les derniers soins,

A MA TANTE PEREGRINA DE VIALES (*in memoriam*)
A MES ONCLES CELINO VARGAS (*in memoriam*)
et JUAN RAFAEL VARGAS

En faible témoignage de toute
ma considération.

*Au souvenir toujours vivant
de mes camarades morts au cours de leurs études*

CARLOS GAUTIER (Porto-Rico).
FIDIAS CAYAMA MARTINEZ (Vénézuëla).
JAIME CASTRO (Costa-Rica).
LUIS MANRIQUE (Colombie).
RICARDO DOMINGUEZ (Mexique).

A tous les Miens et à mes Amis

En hommage à leur bonté.

A mes Amis intimes

MANUEL ANTONIO CARRILLO.

MIGUEL SANABRIA.

OCTAVIO QUESADA (*in memoriam*).

SALVADOR VILLAR.

*A mes humbles et vénérés maîtres des Ecoles Primaire
et Secondaire*

Qu'ils récoltent ici un modeste
grain de leurs efforts.

AUX « PEONES » ET « SABANEROS »

Qui, à côté des miens, ont contribué par leur dur et pénible travail sous l'ardent soleil des tropiques à mon éducation médicale. Qu'ils me pardonnent les privations que cette si coûteuse entreprise a pu leur occasionner.

A mon Maître Monsieur le Professeur TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

Professeur de Médecine Coloniale

Conseiller technique du Ministre de la Santé Publique

*Inspecteur général des Services techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Paris*

Officier de la Légion d'Honneur

Dont les vertus éminentes et le
dévouement héroïque honorent la
science, qui a bien voulu me faire
l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse, et à qui je voudrais
rendre un plus digne hommage.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

Je tiens à rendre ce faible témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur D. M. GOMEZ

Ancien Assistant du Professeur Vaquez

*Chargé de la consultation de Cardiologie
à la Clinique Nationale des Quinze Vingts*

Dont les précieux conseils, les encouragements et la bienveillance ont éclairé mon travail, je veux exprimer ma plus sincère reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Nous ne prétendons rien apporter de nouveau à une question qui a été si souvent traitée et discutée, surtout au cours de ces dernières années : la syphilis cardio-aortique et notamment son traitement.

Nous nous proposons, tout simplement, de fournir à nos camarades d'études, du moins pendant leurs premières années de pratique dans l'art médical, un modeste guide susceptible de les orienter dans cette question. Nous serions très heureux si cette étude pouvait leur être de quelque utilité en leur évitant les écueils auxquels se sont heurtés tant de nos prédécesseurs.

Si nous avons choisi ce sujet c'est, d'une part, parce qu'il est d'un intérêt essentiellement pratique ; d'autre part, parce que, au cours de nos études, nous avons été frappé des divergences d'opinions d'un grand nombre de cliniciens renommés.

Nous ne prétendons nullement trancher la question. Nous avons fait de notre mieux pour récapituler ici tout ce que nous avons vu et entendu pendant nos six années d'études tant à la Faculté qu'à l'Hôpital (MM. Vaquez, Donzelot, Milian, Clec, Lian, Laubry, Gougerot, Sezary, Lœper, Harvier, Turpin, etc..., etc.) ; renforcer cette synthèse de quelques observations et d'une bibliographie plus ou moins riche, tel a été notre but.

Nous n'aurions pas entrepris ce travail si la bienveillante attention, les inlassables conseils et toute l'expérience de Monsieur le Docteur D. M. Gomez, chargé de la consultation de Cardiologie à la Clinique Nationale des Quinze-Vingts, ne nous y eussent encouragé.

Qu'il veuille trouver dans ces lignes, l'hommage de notre profonde gratitude et de notre vive admiration.

Ce qu'il faut savoir des cardio-aortites syphilitiques

« La syphilis aime les artères », Cette vérité anatomo-pathologique est constante dès la première période de la maladie caractérisée par le chancre et la septicémie tréponémique jusqu'à l'étape ultime individualisée sous le nom de Tabès, Paralyse Générale ou autres accidents de syphilis tertiaire.

Mais dans cette sélectivité pour tout l'arbre vasculaire, pour des raisons que nous ignorons encore, et sans que cela soit une règle absolue, le tréponème présente des localisations spéciales particulièrement importantes à signaler :

Vaisseaux de la base du cerveau (sylviennes et vertébrales),

Aorte et coronaires,

Artères des membres, etc...

L'aortite syphilitique existe. Aucun auteur ne saurait nier son existence depuis les mémorables travaux de Welch et de Davidson (1863), ceux plus récents de Vaquez et de ses élèves, d'Etienne (de Nancy) et de beaucoup d'autres auteurs qui se sont occupés de cette question si intéressante.

Arrivé à l'aorte, le tréponème n'attaque pas en général le tronc aortique d'un bout à l'autre (aortite diffuse). Il présente encore ici des sièges de prédilection qui, par ordre de fréquence, sont les suivants :

La crosse de l'aorte,

L'aorte abdominale (un peu au-dessus de sa bifurcation).

L'origine de l'aorte thoracique.

Suivant l'intensité et la localisation du processus, les manifestations cliniques seront immédiates ou lointaines. Ainsi, on peut se trouver en présence d'une aortite aiguë ou sub-aiguë précoce ou d'une aortite chronique d'emblée, évoluant depuis de longues années d'une façon silencieuse et sans attirer notre attention.

C'est pour cela que tout bon clinicien, avant de recommencer une nouvelle série de piqûres chez un syphilitique qu'il traite, doit systématiquement ausculter le cœur et vérifier par les signes cliniques l'état de son tronc aortique. En cas de doute, une vérification radiologique s'impose. Cette question présente un double intérêt tant au point de vue de l'intensité du traitement qu'au point de vue pronostic.

Car un fait très important qu'il faut maintenant souligner et sur lequel on n'insiste pas beaucoup aujourd'hui, c'est que l'aortite syphilitique peut se voir à toutes les périodes de l'invasion tréponémique. Le cas de Fournier est très instructif : chez une jeune fille de 18 ans, syphilitique récente, il constata une aortite aiguë qui évolua rapidement vers la chronicité et caractérisée par l'augmentation de la matité aortique et l'assourdissement des bruits valvulaires. Le cas de M. Letulle n'est pas moins intéressant et évident : il s'agit d'une aortite aiguë développée à la période secondaire et confirmée à l'autopsie par des lésions de plaques gélatiniformes typiques. A côté de ces formes aiguës ou

sub-aiguës, rares d'ailleurs, mais très possibles, survenant à la période secondaire de la syphilis, existent les formes d'aortite chronique, les plus fréquentes, survenant à la période de syphilis tertiaire. Ceci au point de vue clinique : mais la plupart des auteurs modernes sont d'accord pour admettre que la lésion anatomo-pathologique peut dater de la septicémie tréponémique, rester latente pendant de longues années et se réveiller d'un moment à l'autre :

En moyenne 12 ans après le chancre (Mauriac).

Ou bien 21 ans après le chancre (Landouzy).

25 ans après le chancre (Mathieu).

33 ans après le chancre (Gaucher).

En réalité on ne peut pas parler de réveil car l'aortite chronique syphilitique est surtout caractérisée par son évolution continue ; évolution mise en évidence soit par les poussées d'aortite cliniquement constatées, lorsque les lésions siègent sur les valvules sigmoïdes ou artères coronaires, soit lorsque l'aorte commence à présenter un certain degré de dilatation, de la périaortite, ou bien la formation d'un anévrysme d'une plus ou moins grande dimension capable d'engendrer une symptomatologie qui lui est propre (signes de compressions médiastinales, inégalité des pouls radiaux suivant le siège, signes radiologiques).

Une parenthèse doit être ouverte pour considérer d'une façon rapide et très générale les lésions anatomopathologiques indispensables à connaître de la syphilis aortique afin de pouvoir nous expliquer d'une façon plus aisée et retenir plus facilement une partie de la symptomatologie clinique.

Dans le cas d'aortite sub-aiguë, l'aorte présente un calibre plus ou moins normal ; mais dès qu'on l'incise, on peut constater qu'elle est semée à l'intérieur de plaques gélatiniformes typiques, variables dans leur nombre, leur taille et leur forme.

La taille moyenne varie entre 2 et 5 cms de diamètre ; elles sont assez irrégulières dans leurs bords et leurs formes et peuvent confluer en placards plus ou moins étendus.

Les localisations sigmoïdiennes se manifestant cliniquement par des souffles d'intensité et de temps variables sont très importantes à signaler, de même que les localisations sus-sigmoïdiennes atteignant les orifices coronariens qui, elles, déterminent un syndrome complet ou fruste d'angine de poitrine.

Les localisations autour de l'origine des gros vaisseaux peuvent déterminer des souffles et une inégalité des pouls radiaux, surtout lorsque les lésions tendent à la chronicité, et même en l'absence de tout anévrysme.

Ce qui est dit de ces lésions globales à tendances mutilantes, segmentaires ou « généralisées à la totalité du vaisseau (Grenet) », constatées dans l'aortite sub-aiguë, peut se dire des aortites chroniques bien qu'elles aient une consistance plus dure, donnant des aspects fibroïdes verruqueux, pour employer les expressions classiques, des aspects cicatriciels, en rhagades ou fissures.

Les plaques récentes sont molles, les anciennes dures et fibreuses. Entre les deux, on peut se trouver en présence de tous les états intermédiaires : à côté de lésions d'aspect très ancien, il peut y avoir des lésions molles ou semi-molles ce qui prouve le caractère évolutif et constant du processus.

Dans les aortites chroniques, la diffusion est possible tout autour de l'orifice aortique, pouvant déterminer des rétrécissements réels ; nous disons cela à cause de la possibilité des rétrécissements relatifs, donnés par la dilatation sus-jacente, déterminant parfois même un souffle. Cette dilatation et l'allongement sont très variables, mais leurs dimensions peuvent dépasser le double d'une aorte normale. Il arrive que l'on trouve de nombreux et petits anévrysmes cupuliformes signalés par Dieulafoy dans ses cliniques et d'autres plus grands capables de déformer la paroi thoracique. Entre les deux espèces d'anévrysmes, tous les états intermédiaires sont possibles.

L'aorte, très épaissie ou non, peut présenter, dans certains cas, des foyers inflammatoires microscopiques ou macroscopiquement visibles (adventice) « donnant parfois l'aspect tigré » et appelés gommés par la plupart des auteurs. A cette forme on peut opposer, au moins macroscopiquement au point de vue de l'épaisseur, la forme scléro-atrophique de M. Lettulle, ayant presque la minceur et la fragilité d'une « coquille d'œuf » ; c'est ici que l'on voit les causes les plus fréquentes de rupture à la face antérieure de l'aorte, un peu au-dessus des valvules sigmoïdes.

Comment le tréponème pâle de Schoudinn-Hoffmann aborde-t-il le tronc aortique ? C'est par l'endartère, dit M. Tripier ; tandis que MM. Klotz, Larkin, Lévi, etc., prétendent que le parasite arrive au niveau des parois aortiques par la lumière des vasa-vasorum et leur gaine lymphatique.

En plus de toutes ces lésions on est souvent frappé par des associations nombreuses telles que :

Péri-aortites.

Péri-cellulites.

Médiastinites.

Inflammation du plexus nerveux péricardiaque.

Coronarites oblitérantes.

Hypertrophie du ventricule gauche.

Myocardite scléreuse syphilitique avec ou sans gommes.

Artérite pulmonaire.

Lésions d'autres appareils : foie,

Rein,

Système nerveux,

Système osseux, etc.

Le diagnostic entre l'aortite chronique et l'athérome est très difficile, surtout lorsqu'il existe l'association des deux, car la plupart des auteurs modernes tendent à admettre que si la syphilis n'est pas la cause étiologique directe de l'athérome, du moins elle prépare et rend le terrain favorable à son installation.

D'après Tripier, on peut, dans la majorité des cas, trouver des moyens suffisants pour les différencier :

1° Dans l'athérome, les bords des valvules se soudent consécutivement à l'infiltration calcaire péricardiacale lorsqu'elle existe ; tandis que dans la syphilis, les plaques fibroïdes siégeant au niveau des points d'insertions des valvules vont séparer de plusieurs millimètres les bords d'insertion par la rétraction consécutive qu'elles déterminent.

2° Dans l'athérome, on trouve à côté de plaques jaunes et simples d'autres ramollies, ulcérées ou infiltrées de sels calcaires ; ce qu'on ne voit pas dans la syphilis.

3° Histologiquement l'athérome lèse surtout l'endartère tandis que la syphilis est une panaortite.

Bien que ces différences ne soient pas admises par tout le monde, elles peuvent nous aider à nous orienter un peu dans notre pratique, surtout si nous y ajoutons le facteur âge, car l'athérome est exceptionnel avant la cinquantaine.

Malgré ces différences un peu schématiques, il faut reconnaître, qu'entre l'athérome et la syphilis, tant au point de vue macroscopique que microscopique, on peut observer tous les stades intermédiaires.

Le tréponème a été constaté dans les lésions de panarite.

Le diagnostic différentiel entre les aortites chroniques, infectieuses, rhumatismales, tuberculeuses, diabétiques, etc. ne se discutera pas ici à cause de sa rareté relative.

« Les lésions d'aortite chronique sont sous la dépendance de la syphilis, tout comme le tabès et la paralysie générale, auxquels, d'ailleurs, elles sont si fréquemment associées ».

(L. Brin et L. Giroux).

CLINIQUE

Début : Il est en général très insidieux. D'autres fois la maladie se déclare brusquement avec des signes cliniques radiologiques et biologiques très nets.

En pratique : Tout sujet jeune, sans antécédents rhumatismaux ni infectieux, qui nous consulte pour des troubles angineux, typiques ou non, doit nous faire penser à la syphilis.

Parfois le malade consulte seulement pour une sensation pénible de pesanteur, barre ou griffe rétro-sternale; pouvant s'accompagner d'une dyspnée d'effort ou de décubitus. La dyspnée peut être aussi consécutive à un étouffe-

ment post-prendiale très pénible pour le malade qui, inquiet, nous raconte son cas. Ces symptômes peuvent, ou non, s'accompagner de troubles dyspeptiques. D'autres fois on doit être dans l'expectative lorsque des troubles du rythme cardiaque surviennent : « Il est fréquent de voir au cours de la syphilis précoce, comme tardive, des troubles du rythme cardiaque s'installer avec intermittences et phénomènes fonctionnels subjectifs des plus désagréables. Or, à condition de faire un traitement suffisant et suffisamment prolongé, on arrive à faire disparaître ces arythmies avec troubles fonctionnels » (Milian, Congrès de Bruxelles de 1920).

Beaucoup d'autres malades sont traités comme asthmatiques ou bien comme cardiaques.

Syndromes angineux, hypertension artérielle, syndrome de Stokes Adams, paralysies du récurrent, troubles du rythme en général ne veulent pas dire syphilis ; mais il faut rechercher celle-ci, surtout lorsqu'il s'agit de sujets jeunes et qui ne présentent pas de signes d'autres maladies causales. Aussi ne faut-il pas omettre de faire toutes les réactions biologiques possibles chez ces malades et un bon examen radiologique. De même, il ne faut pas oublier de surveiller l'aorte chez les syphilitiques en traitement, d'autant plus que nous savons aujourd'hui qu'avec un traitement insuffisant, ou par un phénomène de réactivation thérapeutique, on peut déterminer des poussées évolutives.

Etat. — A la période d'état, les signes physiques vont dépendre exclusivement du degré de dilatation aortique, de l'état des valvules, et du ventricule gauche qui, en général, est hypertrophié.

Exceptionnellement, on peut observer une voussure anévrysmale vers le côté droit qui menace la peau ; dans 50 % des cas, on peut constater par l'inspection le bondissement artériel derrière la fourchette sternale, et la palpation nous permet d'apprécier les battements du vaisseau. La surélévation des sous-clavières peut être appréciable à la vue et au palper dans la partie inférieure du creux sus-claviculaire.

La danse des artères est vue plus exceptionnellement.

L'augmentation de l'aire cardiaque est fréquente; du côté de l'aorte on peut trouver un élargissement de la matité aortique qui surmonte le cœur « en cimier de casque » et déborde le bord droit du sternum.

L'auscultation peut être nulle. Mais dans plus de la moitié des cas, on peut déceler au foyer aortique soit une accentuation du premier ou du deuxième bruit, un souffle systolique ou diastolique, un double souffle (induration des valvules) ou bien un retentissement clangoreux et presque métallique du second bruit (bruit de tôle de Peter, coup de marteau d'Huchard).

Le souffle systolique, rarement solitaire, est presque toujours dû à un rétrécissement réel de l'orifice ; il est habituellement intense, rude, râpeux, rugueux et masquant presque le souffle diastalique, plus doux et plus moelleux (rude en cas de perforation valvulaire ?) Un dédoublement du premier bruit peut être exceptionnel et des souffles fonctionnels sont possibles.

Le pouls peut être « régulier, ample, bondissant et dépressible », mais en général il est dur et tendu.

Pratiquement l'hypertension artérielle est la règle, mais les exceptions sont nombreuses. « Il semble que

ce soit chez les syphilitiques que l'on rencontre les chiffres de 25 à 30 de pression systolique avec les chiffres de 14 à 15 et même 16 de pression diastolique » (Gallavardin).

Chez les hypertendus, il importe de surveiller l'influence du traitement qui, en général est nulle d'après M. Sezary.

A cette période, les signes fonctionnels du début peuvent être les mêmes, mais ils sont le plus souvent accentués.

Les accès d'angine de poitrine francs ou frustes éveillent notre attention. « La dyspnée est, avec la douleur, le signe fonctionnel le plus marqué de l'aortite syphilitique ». (L. Brin et L. Giroux).

Quant au teint pâle et aux yeux brillants classiques des aortiques, ils sont plutôt exceptionnels.

La toux, les palpitations et les vertiges ont été à maintes reprises signalés par de nombreux auteurs.

En réalité, il ne manque pas de signes à l'aortite syphilitique pour se manifester ; le tout consiste à faire un examen complet et à avoir présent à l'esprit la notion de spécificité possible chez le malade.

Les signes de lésions du reste du segment aortique ne sont pas moins frustes. Mais les crises douloureuses abdomino thoraciques, extrêmement pénibles et angoissantes, avec une forte tension artérielle et un clangor aortique, s'accompagnant de troubles gastro-intestinaux, doivent, dans l'absence d'autres signes de syphilis tertiaire, nous orienter vers une réaction de Wassermann et une exploration radiologique attentive.

Chez les sujets âgés, le signe d'Argyll et les réflexes Achilléen et rotuliens doivent être systématiquement re-

cherchés, comme on recherche la tension artérielle et l'albumine dans les urines.

MM. Lœper, Mougeot et Vahram ont insisté sur l'abolition du réflexe oculo-cardiaque, d'autant plus souvent, que l'on s'éloigne de l'accident primitif : « C'est un véritable signe d'alarme de la syphilis nerveuse ». On assure aussi que ce réflexe est aboli dans le tabès où les formes d'aortites chroniques tout à fait indolores ne sont pas très rares.

Formes cliniques : On n'a rien à dire des formes cliniques puisqu'il faut insister sur ce fait que l'aortite syphilitique est très fruste dans la plupart des cas, au moins au début, et que ses signes varient plus tard avec la localisation du processus.

Mais, les formes avec insuffisance ventriculaire gauche, hypertensives, cachectiques et anémiques méritent d'être retenues ; de même que la forme avec artérite pulmonaire, donnant un syndrome très complexe d'angine de poitrine, hémoptysies et cyanose doit être signalée.

Les formes survenant autour de la soixantaine posent un gros problème avec l'athérome et l'artérite sénile.

La faiblesse ou diminution oscillométrique du bras gauche par rapport au bras droit, l'asynchronisme radio-fémoral et la douleur à l'espace scapulo-vertébral gauche doivent faire penser à la forme thoracique postérieure.

On appelle maladie de Hodgson l'insuffisance des valvules sigmoïdes coexistant en général avec l'aortite sigmoïdienne, sus sigmoïdienne ou diffuse et survenant au-delà de la quarantaine avec une symptomatologie fréquemment assez complète, au moins dans les formes avancées :

Hypertension artérielle et troubles consécutifs,

Signes fonctionnels physiques et radiologiques d'aortite,

Signes d'hypertrophie cardiaque (d'abord le ventricule gauche),

Souffles diastolique et systolique au foyer aortique,

Tendance athéromateuse,

Antécédents ou coexistence de signes suspects ou manifestes de spécificité.

On individualise cette forme d'insuffisance aortique d'origine artérielle, pour l'opposer d'une façon schématique à l'insuffisance aortique d'origine rhumatismale ou maladie de Corrigan qui, elle, a une provenance endocarditique et survient, dans la majorité des cas, avant la quarantaine.

Chez l'hérédosyphilitique, les aortites sont très fréquentes ; mais en général c'est l'autopsie qui pose l'évidence du diagnostic.

Radiologie. — La radiographie et surtout la radioscopie sont d'excellents auxiliaires de la clinique dans le cas particulier qui nous occupe. En résumant, on y peut observer :

1° L'augmentation d'opacité de l'aorte ou aspect en marbrures.

2° L'augmentation ou la diminution d'amplitude des battements.

3° L'augmentation du diamètre aortique en position oblique (traduisant la dilatation, parfois cylindrique) et l'allongement manifeste de la crosse aortique.

4° Des ombres de péricardite et même de médiastinite qui gênent la délimitation exacte du vaisseau.

5° Que le ventricule gauche et moins souvent le cœur tout entier peuvent être hypertrophiés.

Comment faire le diagnostic précoce ?

S'agit-il d'une aortite ?

Est-elle syphilitique ?

Chez un syphilitique confirmé, il faut continuer la surveillance pendant et après le traitement, si la chose nous est possible.

Certains malades nous consultent la première fois pour des signes très vagues, isolés ou associés :

Un peu de douleur précordiale, de l'asthme,

Une mauvaise digestion, la céphalée et le vertige qui *peut venir s'associer*

Le mal au dos (surtout le mal du côté gauche amène des patients chez qui le médecin ne trouve rien du côté du cœur). Si ces malades présentent d'autres signes de syphilis tertiaire ou reconnaissent dans leurs antécédents l'existence d'un chancre, le diagnostic est plus facile. Mais, si exprès ou involontairement ils ne se souviennent de rien, si d'autres stigmates syphilitiques manquent, le diagnostic est avant tout posé par la lucidité clinique du médecin et par la Radio.

A cette période de début sur laquelle j'insisterai plus loin, le diagnostic précoce suivi d'un traitement énergique donne le maximum de chance de guérison complète à notre malade. Plus tard, lorsque les ravages ont été considérables, on peut arrêter la maladie sans réparer les dégâts.

Mais entre ces formes avancées, avec une symptomatologie d'aortite très typique, présentant comme problème unique les possibilités de syphilis en cause et les formes tout à fait frustes du début, le clinicien voit quotidiennement une série de cas intermédiaires.

Parmi ceux-ci, les accès d'angine de poitrine peuvent attirer notre attention ; un syndrome de Stokes Adams avant la cinquantaine, peut nous aiguiller vers le bon diagnostic ; l'hypertension artérielle, chez un sujet jeune, peut avoir une bonne valeur de présomption.

Céphalée, vertiges, dyspnée d'effort avec deuxième bruit accentué, gênes ou douleurs rétrosternales doivent chez un sujet jeune ou âgé nous faire rechercher les antécédents spécifiques, une réaction de Wassermann et avant tout, une bonne exploration radioscopique.

Les formes avec association de signes d'Argyll Robertson et abolition des réflexes rotuliens et achilléens sont en général très tardives.

Les diagnostics différentiels à faire sont peu nombreux mais très difficiles. Le paludisme semble donner une aortite identique, avec des phénomènes de péri aortite absents ou moins marqués que dans la syphilis.

Le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses laissent fréquemment des traces parfois suffisantes pour pouvoir leur attribuer l'aortite d'une façon plus ou moins certaine.

C'est avec l'athérome que le diagnostic est presque impossible au delà de la cinquantaine. Il nous reste encore d'autres aortites à envisager : l'aortite sénile, l'aortite diabétique, alcoolique (p), tabagique (p), goutteuse, hypercholestérolémique, auto-toxique (p), etc., etc.

L'évolution est favorablement influencée par le traitement, et cela d'autant mieux que l'intervention a été précocè. Dans les formes avancées, tout dépend de l'état de fonctionnement cardio-hépatô-rénal. La stabilisation anatomique tardive des lésions, admise par de nombreux auteurs, ne peut pas être établie cliniquement.

Des complications peuvent s'ajouter à l'évolution rapide ou lente de l'aortite, telles que :

- 1° Angine de poitrine déterminant la mort.
- 2° Formation et rupture d'un anévrysme.
- 3° Rupture de l'aorte (surtout forme scléro-atrophique de Lettulle).
- 4° Insuffisance cardiaque : défaillance brusque ou chronique du ventriculaire gauche.
- 5° Poussées hypertensives (ramollissements ou hémorragies cérébrales).
- 6° Oedème aigu du poumon.
- 7° Embolies ou thromboses artérielles.
- 8° Insuffisance hépatô-rénale.
- 9° Cachexie artérielle.

Comme nous pouvons nous en rendre compte, ces malades sont, avec une telle quantité de complications possibles, condamnés à une mort progressive ou subite.

Tout ce que nous venons de dire prouve d'une façon incontestable que le rôle du tréponème dans les aortites chroniques est presque constant, surtout chez les sujets jeunes :

- 1° Par la coexistence d'aortites chroniques et d'accidents syphilitiques cutanés, muqueux, osseux et surtout nerveux (Tabès, Paralysie Générale, etc.).

2° L'existence d'aortites chroniques conjugales.

3° La constatation fréquente du tréponème dans les panaortites.

4° Les réactions sérologiques souvent positives.

5° Le chancre avoué dans un grand nombre de cas.

6° l'action remarquable du traitement, d'autant plus évident qu'il est fait précocement.

Une chose certaine, c'est que 9 fois sur 10 ce sont les hommes qui sont atteints, et que l'aortite peut se voir à tout âge.

On se demande, si pour quelques cas, l'on peut parler de causes favorisantes telles que : l'alcool, le tabac, les intoxications exogènes et endogènes, les traumatismes (Vaquez, etc.) et les chocs opératoires (Fiessinger).

A propos du traitement

Quel désaccord entre cardiologues, syphilographes et médecins généraux ! Que de discussions passionnantes on a pu entendre !...

M. Donzelot : Je considère, que l'on abuse à l'heure actuelle du traitement antisyphilitique, et cet abus me semble procéder de deux causes : 1° Du fait que certains syndromes cardio-vasculaires sont, a priori, catalogués comme certainement syphilitiques alors que leur étiologie est fréquemment tout autre ; 2° Du fait que les syndromes cardio-vasculaires authentiquement syphilitiques ne sont pas traités comme ils devraient l'être, c'est-à-dire, en fonction de l'aptitude cardio-reno-hepatique. A côté des aortites syphilitiques, il existe des aortites chroniques hypertensives et athéromateuses, absolument indépendantes du tréponème et qui sont, à mon avis, plus fréquentes encore que les premières, chez des sujets qui ont franchi la cinquantaine.

On ne doit instituer un traitement antisyphilitique, chez un sujet hypertendu, qu'autant que l'on a la certitude d'une infection tréponémique coexistante.

Si la capacité fonctionnelle cardiaque est nettement déficiente et le bilan réno-hépatique mauvais : abstention complète. Lorsqu'on réussit à rétablir l'équilibre cardiaque, on peut, à la rigueur, discuter la possibilité d'un traitement antisyphilitique très prudent... Mais je crois, qu'il

est préférable, en règle générale de s'abstenir de toute thérapeutique anti-syphilitique, chaque fois qu'il y a eu, au cours d'un syndrome en question, insuffisance cardiaque grave... »

M. Léon Tixier : ... Depuis une quinzaine d'années j'ai appliqué les divers traitements anti-syphilitiques chez des malades anciens spécifiques, porteurs de syndromes cardio-artériels, et cela la plupart du temps, en me conformant aux indications des maîtres de la cardiologie. Jamais je n'ai constaté autant de malaises et de morts subites au cours ou à la suite des traitements. Et, cependant, presque tous les malades étaient dans la force de l'âge avec un myocarde, un foie, des reins d'activité fonctionnelle suffisante... »

M. Sezary : « ... Je ne crois pas que les notions théoriques de l'aggravation de l'hypertension, syphilitique ou non, par la médication anti-syphilitique soient bien fondées... Au fur et à mesure que les malades s'éloignent de la soixantaine, on doit être de plus en plus circonspect dans l'emploi des arséno-benzènes... L'abus comme l'abstention peuvent être très néfastes ».

M. Laubry : « ... Je signale, que les scléroses aortiques syphilitiques stabilisées, cicatricielles n'ont théoriquement parlant aucun bénéfice à retirer du traitement ».

M. Ch. Aubertin : « ... L'arythmie complète, sans œdèmes, oligurie ni hépatomégolie, ne constitue pas, chez un aortique, une contre-indication au traitement spécifique. Les troubles passagers des reins d'ordre mécanique, (oligurie, albuminurie et azotémie réductible) ne constituent pas une contre-indication au traitement... »

M. H. Grenet : « ... Il faut faire ou ne pas faire de traitement ; il n'y a pas de moyen terme ; donner des médicaments à des doses suffisantes, ou ne pas les donner du tout ; sinon on ne laisse subsister que les effets toxiques sans aucune action anti-syphilitique. Un simulacre de traitement est la pire des erreurs... »

M. Lian : « ... En l'absence de signes ou de présomptions cliniques ou sérologiques de syphilis. Le traitement d'épreuve s'impose pour les aortites, les artérites viscérales, l'hypertension artérielle, souvent chez les sujets de 30 à 40 ans ; moins souvent chez ceux de 50 ans, rarement chez ceux de 60 ans, exceptionnellement au delà de cet âge. Son intensité se règle sur l'importance de l'insuffisance cardiaque et rénale. En l'absence de phénomènes douloureux ou angineux susceptibles, de disparaître sous son influence, son action est d'ailleurs le plus souvent bien difficile, sinon impossible à apprécier, ce qui est une grosse complication pour décider, s'il y a lieu, ou non, de poursuivre le traitement institué à titre d'épreuve... ».

M. Milian : « ... La précaution essentielle, est de ne jamais commencer chez les cardiopathes, comme d'ailleurs chez tout syphilitique ancien, qui n'a pas reçu de traitement depuis longtemps, le traitement antisiphilitique de 606 ou 914. Si chez de semblables malades, vierges de tout traitement depuis longtemps on administre le 606 ou le 914, on assiste à des réactions thérapeutiques qui découragent le malade et désarment le médecin. Ces réactions ne sont d'ailleurs pas sans inconvénients pour l'avenir de la cardiopathie, comme de toute autre affection viscérale, traitées dans ces conditions. Il est donc absolument nécessaire

de faire précéder le 914 d'une cure qui, déjà, détruit les parasites, cause de l'accident. Il ne faut pas se contenter pour arriver à ce but, de faire 5 à 6 injections intra-veineuses de cyanure de mercure. Il faut faire un traitement mercuriel qui dure au moins six semaines à deux mois. Le meilleur pour cela, est le traitement par l'huile grise à la dose de 8 à 10 cgrs par injections intramusculaires, une tous les 6 jours. Lorsqu'on a fait 9 injections, c'est-à-dire, après deux mois de traitement, on peut être sûr, que les phénomènes syphilitiques en activité sont à peu près complètement éteints et, dès lors, on sera surpris de voir avec quelle facilité le traitement arséno benzolique sera toléré par le malade, fût-il cardiaque. La pratique la plus désastreuse, à ce point de vue, est de commencer une cure, quelle qu'elle soit, mercure, bismuth, arsenic, et de la laisser interrompue à son premier jour par exemple, ou même après une dizaine de jours de traitement. C'est là un moyen excellent de stimuler les accidents syphilitiques qu'on se propose de guérir.

En laissant cette thérapeutique le pied en l'air, on expose le malade aux pires complications locales, ou au réveil d'accidents à distance, nerveux ou cutanés.

Lorsque l'arsénobenzol, administré après la cure complète d'huile grise, a été lui-même administré d'une manière complète, c'est-à-dire jusqu'aux doses d'un centième et demi par kgr. d'individu, on devra faire immédiatement, et sans repos après la cure, une série d'injections intramusculaires d'un sel bismuthique, qui dure également deux mois, de façon à éteindre, d'une manière solide, le processus syphilitique en activité. Il faudrait avoir soin, au cours

de cette triple cure, de pratiquer la réaction de Wassermann, particulièrement à la fin de chaque cure, de façon à se rendre compte, si parmi les 3 médicaments employés, il n'y en a pas un qui soit plus spécialement réactivant, car il est possible que la réaction éteinte après le mercure, reparaisse, comme il arrive quelquefois, après l'arsénobenzol. Et dans ce cas, il est évident que dans les cures ultérieures l'arsénobenzol devra être répudié d'une façon définitive.

Si l'on s'inspire des considérations thérapeutiques qui viennent d'être exposées ci-dessus et si, d'autre part, on connaît exactement ce qui est intolérance médicamenteuse, conflit thérapeutique, voir même troubles biotropiques, dans le traitement antisyphilitique, on pourra soigner étiologiquement d'une manière convenable les cardiopathes, sans qu'à aucun moment un médecin, même cardiologue, puisse crier à l'abus. Comme médicament, chez les cardiaques, le cyanure de mercure est meilleur que l'huile grise, d'autant plus qu'il est un grand diurétique ».

En effet, les 4 médicaments spécifiques, Mercure, Bismuth, Iodure et Arsenic, sont employés chacun avec ses indications particulières.

Presque tout le monde est d'accord aujourd'hui pour admettre que le cyanure de mercure est un des meilleurs médicaments à employer dans la plupart des cas chez les cardiaques ; car, il est moins agressif que le Bismuth pour le rein et moins agressif que l'arsenic pour le foie. De plus, il possède des propriétés diurétiques très dignes d'être retenues. On l'emploie, fréquemment, sous forme d'ampoules concentrées à 1 % (0,01 = 1 c. c.) dans l'eau distillée.

Cette pratique est très dangereuse, car elle est capable de provoquer des syncopes cardiaques et même des morts subites chez des sujets à cœur sensible. Ou bien, il peut déterminer de l'étouffement et de l'angoisse, assez désagréables, constituant ce que M. Milian a appelé « l'angoisse traumatique », pour indiquer ainsi, que tout cela paraît dû, au contact brusque du mercure avec l'endocarde.

Tous ces phénomènes sont très faciles à éviter, si l'on prend soin d'injecter la piqûre avec une lenteur extrême, et ceci d'autant plus lentement que l'ampoule est plus concentrée et plus vieillie. Car il faut voir, comme l'a fait remarquer M. Milian à maintes reprises, que les préparations récentes sont moins dangereuses que celles qui dépassent 2 mois.

Il vaut mieux aussi, toujours comme l'a conseillé M. Milian, faire préparer des ampoules à une concentration de 1 p. 200 et dans l'eau physiologique. On injecte ainsi, pour 2 c. c., 001 cgr. de cyanure de mercure, avec une lenteur plus grande qu'avec les solutions concentrées dans l'eau distillée à 1 %. On fait les piqûres tous les 2 jours au nombre de 15 à 20. Repos de 2 à 3 semaines entre chaque série. Après on continue...

Quand les reins sont en bon état, mais que l'on craint d'être trop brutal en utilisant la voie intraveineuse, on peut remplacer le cyanure d'hydrargyre par le biiodure, le benzoate de mercure ou l'huile grise.

Lorsqu'on est mené à faire le 914 après le mercure, il faut l'éviter aussi en solutions concentrées. Il est plus prudent de suivre les conseils de M. Milian, en l'injectant très lentement, avec la gavageuse, à des dilutions de 0,01 cgr. de

gr4, pour 1 c. c. de sérum artificiel, où on ajoute des traces d'adrenaline pour stimuler le cœur et tâcher de lutter contre l'œdème aigu du poumon qui pourrait survenir.

Une question se pose à propos de toutes les médications antisypilitiques... C'est quand des phénomènes de réactivation surviennent, surtout avec les arsenicaux à doses faibles, et qu'on ne sait pas si l'accentuation de signes pour lesquels notre patient nous consulte sont dûs à un traitement inopportun, ou bien à la réactivation elle-même.

Que de remords pour nous médecins de lâcher notre malade avec une étiquette d'intolérance, alors qu'il s'agissait tout simplement de phénomènes de réactivation !

Le novar est délaissé la plupart du temps à cause des réactions vasomotrices qu'il peut déterminer ; réactions graves et souvent mortelles chez les cardiaques. Les syncopes et les morts subites ne sont pas rares. Les doses fortes sont la cause d'asystolies brusques ou progressives, ou bien d'accidents d'œdème aigu du poumon avec toute la gravité du cas. La dose maxima ne doit pas dépasser en général 0,45 cgrs et on prolonge la série pour avoir une dose totale suffisante. Les piqûres sont espacées suivant les règles habituelles en tenant toujours compte de l'état du myocarde et des parenchymes réno-hépatiques.

D'autres préparations arsenicales peuvent être employées, mais avec moins de succès.

Le bismuth donne aussi d'excellents résultats ; peut-être moins beaux et moins constants que ceux du cyanure de mercure, et avec beaucoup moins de risques que le novar. On l'emploie sous forme de produits spécialisés.

Le Quimby (iodo bismuthate de Quinine) « semble le plus indiqué dans la syphilis cardio-aortique (Laubry) ». Nous nous contenterons de signaler ici les préparations les plus employées par nos maîtres à l'hôpital Saint Louis.

Quinby iodo-bismuthate de quinine) :

12 injections intramusculaires (2 par semaine) contenant 3 c. c. du produit.

Bivatol (méthyl-nonoate de bismuth) :

16 à 18 injections par série (tous les cinq jours). Les 10 premières de 3 cm³ du produit et les 8 restantes de 2 cm³ (Milian).

Muthanol (hydroxyde de bismuth).

12 injections par série.

1 piqûre par semaine.

Cardyl et Solmuth (camphocarbonate de bismuth), etc.

Il faut signaler un phénomène, peut-être le plus fréquent et qui, malgré son apparence bénigne, peut amener le malade à cesser son traitement : c'est la fatigue, fatigue que l'on peut très bien combattre avec de l'extrait de Sur-rénale.

Les iodures sont de remarquables médicaments pour le traitement du tertiarsme syphilitique. Mais il faut les proscrire lorsque le rein est atteint ou lorsque le malade fait facilement des poussées congestives de l'arbre respiratoire. « L'iodure de Potassium est le médicament par excellence de l'artérite du vieillard syphilitique (Laubry) » L'iodure de sodium est mieux toléré, mais son efficacité est moindre. En plus de ces deux produits, diverses préparations peuvent être employées.

Beaucoup d'associations sont possibles.

Voici une association type de cure arsenico mercurielle (L. Brin et L. Girou) comportant 3 injections intra-veineuses par semaine :

1 ^{re} semaine	néo	0,10	2 cyan à 0,01 $\frac{1}{2}$
2 ^e semaine	»	0,15	idem
3 ^e semaine	»	0,20	idem
4 ^e semaine	»	0,25	idem
5 ^e semaine	»	0,35	idem
6 ^e semaine	»	0,45	idem

Au bout de 6 semaines le malade a reçu 1 gr. 50 de novar et 0,18 de cyanure.

On peut employer cette association après un traitement d'attaque prudent de cyanure de mercure et recommencer peu de temps après une série d'une préparation bismuthée.

Les doses, pour tous les médicaments, doivent être poussées au maximum de tolérance, jusqu'à atteindre une dose d'attaque suffisante.

C'est ce qu'il faut faire pour le novar, le cyanure, le bismuth et la médication iodée. Il faut en général s'y tenir pendant les 4, 6 et 8 premiers mois afin d'avoir des résultats manifestes. Au fur et à mesure que l'on avance, on espace de plus en plus les séries. C'est ici que le contrôle radioscopique, pendant le traitement, reprend toute sa valeur. Car comme l'ont montré MM. Vaquez et Bordet, on peut très bien apprécier par ce moyen (orthodiagramme) une évolution favorable ou défavorable du processus. « Parfois l'examen à l'écran comporte un pronostic dont la gravité n'est révélée par aucun signe apparent : quand, après un traitement régulier, il montre une augmentation mani-

feste du cœur et de l'aorte, on peut prévoir l'imminence d'accidents graves (Vaquez et Bordet) ».

Les indications et surtout les contre-indications d'un traitement seront déduites après un examen clinique complet du malade et des épreuves de laboratoire correspondantes ; ce qui va nous conduire tout d'abord à une médication symptomatique des troubles pour lesquels le patient nous consulte, et à un traitement tonicardiaque préalable, dans le cas d'insuffisance manifeste ou d'un fléchissement possible du muscle cardiaque. Même en l'absence de tout indice de fléchissement de la fibre cardiaque, lorsqu'on constate des lésions valvulaires ou de gros dégâts dans le trajet aortique, il faut faire un traitement toni-cardiaque préalable au traitement spécifique ; ces précautions et ce traitement doivent se faire accompagner de repos, pour le maximum de sécurité de notre malade.

Dans cet examen, seront particulièrement soumis à une exploration complète, le foie, le rein, l'intestin et la bouche. « Il suffit d'avoir de mauvaises dents et un mauvais médecin pour réaliser une stomatite mercurielle (Milian) ». Voir quelles autres contre-indications générales de la médication spécifique peuvent se présenter.

Les conclusions faites après l'examen complet, notre malade peut se trouver dans un des groupes suivants :

1° Aortites simples sans anévrysmes. Troubles fonctionnels purs (angine de poitrine symptomatique). Sujet jeune, avec bon bilan cardio-réno hépatique : traitement énergétique.

2° Aortite simple chez sujet âgé. Bonne capacité cardio-réno-hépatique : traitement par : Hg d'abord, Bi ou As après.

3° Aortite, mauvais bilan cardio-réno-hépatique : traitement tonicardiaque et diurétique d'abord, et lorsque les conditions deviennent propices, médication spécifique ; médication qui doit être bien surveillée et suspendue au moindre signe de défaillance cardiaque.

Les deux médications doivent s'associer, mais dans une majorité considérable de cas les spécifiques doivent être éliminés et notre action est réduite à une thérapeutique symptomatique.

4° Aortite avec anévrysme... (Lire anévrysme).

5° Malade avec signes d'aortite nets, mais sans aucun antécédent qui puisse nier ni affirmer l'existence de la spécificité. Le traitement d'épreuve s'impose. Les signes subjectifs ou objectifs (Radio) s'améliorent, intensifier le traitement.

Les signes subjectifs s'aggravent... S'agit-il d'intolérance ? réactivation ? ou biotropisme ? On croit plutôt à l'intolérance, changer la médication. On penche plutôt vers la réactivation, intensifier la dose, mais toujours après s'être assuré du bon fonctionnement et de la résistance cardio-réno-hépatique.

Si avec toutes ces précautions il n'y a pas d'amélioration, arrêter le traitement au bout d'un certain temps, en se rappelant toutefois qu'il faut souvent faire un traitement très prolongé pour obtenir de bons résultats.

Tous ces cas, sont formellement envisagés dans les observations concluantes des thèses présentées dans ces dernières années par :

Parvu : Traitement de la syphilis cardio-aortique.

Pouthéau : Traitement spécifique des aortites syphilitiques.

Fouquet : Syphilis du cœur et des vaisseaux.

Rozencwajg : Contribution à l'étude du traitement antisyph. des anévrys. de l'aorte.

Wester : Insuf. card. dans l'aort. syphilit.

A cause de cette abondance d'observations prises d'une façon quotidienne à l'hôpital ou ailleurs et dans les ouvrages qui traitent ce sujet, nous nous bornerons à ne reproduire ici que les deux plus belles de notre collection.

OBSERVATION N° 1

Mme Dub..., 56 ans, vient consulter en 1932 pour des palpitations et de la dyspnée d'effort. Les palpitations, assez pénibles, se manifestent sans cause apparente et ne durent, en général, que quelques secondes. La dyspnée, modérée, apparaît presque toujours après un effort violent tels : la marche rapide, la montée d'un escalier, etc..., jamais au repos. Ces troubles, les seuls accusés par la malade, ont commencé il y a à peu près sept ans, d'abord la dyspnée, plus tard les palpitations.

Peu marqués et rares au début, ils se sont progressivement accentués par la suite, ce qui conduisit la malade à consulter un médecin. Celui-ci, après un examen complet, semble-t-il, conclua à l'intégrité de l'appareil cardiovasculaire, et à l'existence uniquement d'une arythmie extrasystolique banale sans substratum organique.

A l'examen on est en présence d'une malade bien constituée, pas amaigrie. La palpation et la percussion ne

révèlent rien de particulier. A l'auscultation on entend un éclat clangoreux du deuxième bruit aortique. Il n'y a pas de souffle orificiel. Les pulsations sont couplées sous forme de bigéminisme le plus souvent. D'autres fois le rythme est interrompu çà et là par des systoles prématurées et avortées. Plusieurs examens électro-cardiographiques montrent qu'il s'agit d'une arythmie extrasystolique, sans aucune autre altération ni du rythme ni des complexes ventriculaires.

L'examen orthodiagraphique révèle l'existence d'une forte dilatation aortique (son diamètre est de 3 cm. 5 au lieu de 2 cm. 8 à son âge) et d'une exagération de la teinte du vaisseau (opacité III de l'échelle de Vaquez et Bordet).

La tension artérielle est de : $Mx = 13$, $My = 10$, $Mn = 8$. L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal, si ce n'est l'absence complète des réflexes achilléens.

Cette dernière constatation, liée au fait qu'à la fin de la guerre la malade aurait eu une paraplégie dont l'origine resta indéterminé, nous incite à songer à la spécificité et à pratiquer les réactions sérologiques. Bien que ces dernières, même après réactivation, fussent complètement négatives, un traitement spécifique précédé d'une médication symptomatique fut institué. Celui-ci consista en plusieurs séries de 15 injections de cyanure de mercure de 1 cgr chacune, pratiquées tous les 3 jours.

Ces séries étaient de plus en plus espacées, d'abord d'un mois, puis de un mois et demi et ainsi de suite jusqu'à 3 mois d'intervalle.

Huit séries furent réalisées. Dans les périodes intercalaires des 3 premières, on fit une série de six injections intramusculaires d'iodo-bismuthate. Signalons enfin qu'a-

vant chaque traitement, on prescrivait un traitement toni-cardiaque à base d'ouabaïne par voie buccale.

Les résultats ont été les suivants :

La première série n'apporta aucune amélioration ni objective, ni subjective. Après la seconde : grande amélioration des symptômes subjectifs. Cependant l'aorte n'a pas diminué.

A la quatrième : l'amélioration est encore plus marquée, la malade a gagné du poids et l'aorte n'est que de 3 cm. 1 aux rayons X.

~~A l'heure actuelle,~~ Après 7 séries, la malade ne ressent aucun symptôme, le calibre aortique a encore diminué (3 c.) et il est exceptionnel que l'on constate des extrasystoles.

OBSERVATION N° 2

Monsieur Mes..., âgé de 42 ans, nous consulte en 1930 parce que, à trois reprises, il a ressenti une sensation de resserrement thoracique qu'il croit être un « commencement d'angine de poitrine ». Cette sensation n'a aucun caractère particulier et nous n'avons pas eu de peine à reconnaître chez lui l'existence de quelques extra systoles sporadiques.

A l'examen somatique, la seule anomalie que l'on constate est un éclat modéré du deuxième bruit aortique, et l'examen orthodiagraphique montre une dilatation de l'aorte (3 c 3) avec exagération de la teinte des parois (opacité III). Bien que le malade nie tout antécédent spécifique, on lui fait une réaction de B. W. qui se montre faiblement positive.

Sans hésiter, on institue un traitement spécifique par du Cyanure de mercure et du Bismuth ; on opère comme on l'a fait pour le malade précédent. Dans ce cas, le B. W. devient négatif à la quatrième série. A la sixième, l'aorte est de calibre à peu près normal (3 cm 7).

Actuellement ces deux malades, toujours suivis et bien surveillés, mènent une vie normale sans se plaindre d'aucun des troubles pour lesquels ils nous ont consulté.

Anévrysmes. — Les anévrysmes de l'aorte, qu'on admet actuellement comme presque pathognomoniques de syphilis, peuvent être énormément améliorés et même arrêtés dans leur évolution par des « traitements arsenicaux intensifs » (M. Marcel Pinard), ce qui est à craindre pour d'autres auteurs (M. Sicard, etc., etc.) et qu'on peut remplacer par des traitements mercuriels et iodurés très modérés (observation de M. Hallé à la société médicale des hôpitaux).

Le traitement agit surtout sur les phénomènes de péri-aortite et favorise dans quelques cas la régression de l'anévrysme sans jamais le réduire complètement ; mais il peut, en l'arrêtant d'une façon définitive ou temporaire, le soustraire à son évolution rapide vers la fatalité.

Pourtant, les résultats sont parfois bien décevants, tant pour le malade que pour le médecin. Les précautions à prendre et l'agent thérapeutique sont les mêmes que pour les aortites syphilitiques, avec une médication adjuvante très discutée ; médication qui a pour but d'éviter la formation de caillots intra-anévrysmaux ou bien de fixer dans le sac, ceux qui s'y sont déjà formés.

CONCLUSIONS

I. Tout syphilitique confirmé doit être systématiquement examiné au point de vue cardio-aortique, avant, pendant et après le traitement.

II. La radiologie et notamment la radioscopie orthogonale de Vaquez et Bordet, sont les meilleurs moyens pour dépister, dans la plupart des cas, la syphilis aortique précoce.

III. La syphilis occupe une place de tout premier plan dans l'étiologie des aortites chroniques.

IV. L'anévrysme de l'aorte est presque pathognomonique de syphilis et un traitement spécifique s'impose avec toutes les précautions du cas.

Les résultats de ce dernier sont souvent surprenants.

V. Il faut se méfier des malades qui, fréquemment, cachent leurs antécédents. De même, une réaction de B. W. négative, ne doit pas nous faire écarter les possibilités d'aortite syphilitique ; car elle est négative dans 50 % des cas.

VI. Un signe d'Argyll commande un examen cardio-aortique.

VII. Chez un sujet jeune,

Syndrome angineux,

Hypertension artérielle permanente ou oscillante,

Syndrome de Stokes-Adams, ne sont pas synonymes de syphilis ; mais leur existence, en l'absence d'autres antécédents rhumatismaux ou infectieux, doit nous faire rechercher la syphilis possible.

VIII. D'autres aortites chroniques sont capables d'engendrer une symptomatologie clinique identique à l'aortite syphilitique.

IX. Toute aortite chronique sans cause apparente avant la cinquantaine, même sans symptômes manifestes de syphilis, impose un traitement énergique d'épreuve ; mené avec plus de prudence, lorsque le malade, dans les mêmes conditions, dépasse la cinquantaine.

X. Derrière une cardiopathie sans cause évidente, la syphilis est souvent en jeu. Il faut toujours dans ce cas vérifier le tronc aortique par la radiologie et faire les autres examens complémentaires.

Le diagnostic posé, penser aux lésions avancées du myocarde si, avec une médication tonicardiaque et antisyphilitique bien instituée, les signes ne rétrocedent pas.

XI. Diverses manifestations cardiaques chez un syphilitique n'ont pas nécessairement la même étiologie. Cependant, l'épreuve thérapeutique peut être essayée.

XII. Un traitement mal conduit expose le malade à plus de risques que la maladie elle-même.

XIII. Tous les médicaments antisyphilitiques peuvent être employés pour traiter l'aortite spécifique, chacun avec ses indications ; indications qui doivent être tirées après un examen complet du malade.

XIV. Un médicament peut échouer là où les autres peuvent réussir. Ceci est important à retenir, dans le cas d'un traitement d'épreuve infructueux.

XV. Ni l'âge avancé, ni le degré des lésions ne comportent une contre-indication au traitement antisypilitique ; mais au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la soixantaine il faut se méfier des arsenicaux.

XVI. En cas de défaillance ou d'insuffisance cardiaque, préparer toujours le malade par le repos et un traitement tonicardiaque préalables à la médication antisypilitique.

Suivre cette précaution pendant la cure et avant de recommencer une nouvelle série.

Bien surveiller le malade et rejeter la médication spécifique au moindre signe d'alerte.

XVII. Pas de traitement sans la connaissance du bilan cardio-hépaté-rénal d'une façon certaine. Insister sur la constante d'Ambard et les pesées répétées du malade pendant la cure, pour dépister la rétention des chlorures.

XVIII. Les guérisons ou améliorations sont d'autant plus parfaites que le diagnostic et le traitement ont été faits plus précocement. La prudence est nécessaire dans la limite d'une dose suffisante, pour éviter l'asystolie brusque ou progressive, l'œdème aigu du poumon et les hépatonéphrites, complications qui sont toujours à craindre chez ces malades.

XIX. Le meilleur traitement d'attaque prudent, dans la majorité des cas chez les cardiaques, est le cyanure de mercure : des ampoules de 0,01 dans 2 cc. d'eau physiologique, injectées le plus lentement possible, diluées dans le sang que la seringue a aspiré. On fait les piqûres tous les 2 jours et au total 15 à 20 piqûres.

Les solutions concentrées à 1 % (0,01 cgr dans 1 cc. d'eau distillée) sont dangereuses pour les malades à cœur

sensible et peuvent déterminer des sensations pénibles, de l'angoisse chez d'autres malades.

Aussitôt après ce traitement d'attaque prudent et bien surveillé (cœur, foie, rein, bouche et intestin), ou mieux au bout de 2 à 3 semaines, on applique une autre médication antisyphilitique, suivant les cas et les circonstances.

Ensuite, s'il y a lieu, on insiste sur la médication qui a donné les meilleurs effets.

XX. Lorsque cela est possible, il faut systématiquement pratiquer de temps à autre une exploration radioscopique au cours d'un traitement antisyphilitique : c'est l'orthodiagramme qui permet de suivre l'évolution des lésions : l'amélioration ou l'aggravation. « Parfois, l'examen à l'écran comporte un pronostic dont la gravité n'est révélée par aucun signe apparent ; quand, après un traitement régulier, il montre une augmentation manifeste du cœur et de l'aorte, on peut prévoir l'imminence d'accidents graves » (voir page N° 37).

XXI. Le traitement, tel qu'il a été indiqué, toujours prudent et surveillé, doit être prolongé pendant une durée de 3 à 4 ans, après lesquels, les éventualités suivantes sont possibles :

1° Régression des signes subjectifs et objectifs de l'aortite et négativité des réactions sérologiques. Continuer à surveiller le malade et faire de temps en temps un traitement modéré.

2° Régression des signes subjectifs et objectifs d'aortite avec réactions sérologiques positives : continuer le traitement avec les précautions déjà dites, sans écarter la possi-

bilité d'une réaction de B. W. irréductible au cas où l'on s'adresse à cette seule réaction.

3° Négativité des réactions sérologiques et aggravation des signes subjectifs et objectifs de l'aortite : songer d'abord à une autre cause étiologique (paludisme, etc., etc.). Sinon, intensifier le traitement ou changer de médication antisyphilitique, en la faisant précéder, s'il y a lieu, d'une thérapeutique symptomatique (tonicardiaque et contre l'angine de poitrine si ce syndrome existe).

4° Réactions sérologiques positives et non régression ou aggravation de l'aortite : agir comme précédemment.

Vu : le Doyen,

G. ROUSSY.

Vu : le Président de Thèse,

L. TANON.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Pour compléter cette bibliographie, il faut voir la page 163 de la Thèse de Fouquet de 1924 (Syphilis du cœur et des vaisseaux) et l'ouvrage de L. Brin et Giroux (Syphilis du cœur et de l'aorte).

ABRAMS. — *Contribution au traitement des anévrismes aortiques*. Presse Médicale, 1911, N° 79.

ANDERS. — *Affections syphilitiques du cœur et de l'aorte*. (The college of physicians of Philadelphie, 2 juin 1915).

BARIE. — *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*.

BEAUSSART. — *Un cas d'aortite syphilitique très précoce*. (Gazette des Hôp., 27 janv. 1920).

BELOT. — *Un cas curieux d'anévrisme de l'aorte ; modifications après traitement mercuriel, radiographies*. Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de Paris, 1913, t. V.

BIERMAN. — *Maladie syphilitique des vaisseaux artériels, Un cas d'aortite et d'artérite oblitérante périphérique* (Deutsche Medizinische Wochenschröft, 1911, N° 25).

BREITMANN. — *Les cardiopathies syphilitiques*. (Berlin Klinik, Wochenschrift, 25 sept. 1911).

BLOCH. — *Aortite syphilitique et insuffisance cardiaque*. (Journal des Praticiens, 20 avril 1929).

BRICOUHT. — *Syphilis du cœur*. (Thèse de Paris, 1912).

CASTAIGNE (J.). — *La syphilis dans les maladies chroniques.*
(Journal médical français, décembre 1918).

CESA BIANCHI. — *La syphilis de l'appareil cardio-vasculaire.*
(Rapport au Congrès International de Médecine de Rome, décembre 1913).

CHIRAY et SÉGARD. — *Anévrisme de la crosse aortique d'origine syphilitique.*

CLERC. — *Pathologie Médicale : cœur et vaisseaux.*

DECLOUT et GAUDUCHEAUX. — *Ectasie aortique et salvarsan.*
(Soc. Méd. Hôp. Paris, 1^{er} juin 1912).

DEGUI (M.). — *Syphilis du cœur et de l'aorte.* Th. Paris 1900.

DEUKE. — *Über die syphilitische aortenerkrankheit.* (Deutsche Méd. Wochenschrift, 1913, p. 441).

DONZELOT. — *Abus des médicaments antisyphilitiques dans le traitement des affections cardio-vasculaires.*
Ont participé à ces longues et intéressantes discussions : MM Léon Tixier, Laubry, Clerc, H. Grenet, N. Fiessinger, L. Pellissier, Sezary, Ch. Flindin, R. J. Welsenbach, Maurice Renaud, G. Causade, A. Tardieu, Ch. Aubertin, Lian, René Benard, Henri Duffour, Milian, Hallé, Sicard et G. Caussade. Société Médicale des Hôpitaux de 1927.

DE CASTEL. — *Les arythmies cardiaques de la syphilis secondaire.* (Annales de Mal. vénériennes, mai 1919).

ETIENNE (G.). — *La syphilis vasculaire.* (Rapport au XIV^e congrès français de Médecine de Bruxelles, 19 mai 1920).

FIESSINGER (N.). — *Le traitement des maladies du cœur et de l'aorte en clientèle.*

FOUQUET. — *Syphilis du cœur et des vaisseaux*. (Thèse de Paris, 1924).

FOURNIER. — *Traité de la syphilis*.

— *Traitement de la syphilis*.

FUKUSCHI. — *Histologie pathologique de l'aortite syphilitique et considération sur la présence de plasmazellen*. (Virchow's Archiv., 1913 Bd. CCXXI).

— *Histologie pathologique de l'aortite syphilitique et remarques sur la présence de plasmazellen*. (Archiv. für Physiologische Anatomie Bd. II, 1913).

GALLAVARDIER et GRAVIER. — *Cardio-aortites syphilitiques*. (Marseille Médical, juillet 1927).

GALLAVARDIER. — *Aortite syphilitique à forme d'insuffisance ventriculaire gauche*. (Lyon Médical, 10 août 1913).

— *Le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche*. (Journal de Médecine de Lyon, 1921, N° 39).

GALLAVARDIER et GRAVIER. — *Journal de Médecine de Lyon*, 20 septembre et 5 octobre 1931).

GARDNER. — *Traitement des anévrismes par le Wiring*. Gazette des Hôp., 4 octobre 1913.

GAUCHER. — *Syphilis et les maladies du cœur*. (Acad. Méd. 2 août 1913).

GAUCHER et BRIN. — *Aortite chronique de la syphilis acquise*. (Annales de mal. vénériennes, février 1914).

GAUCHER et MERLE. — *Du traitement antisypilitique des anévrismes de l'aorte*. Ann. de mal. vénér., Paris, 1910, t. V.

GILBERT et CARNOT. — *Maladies du cœur et de l'aorte*.

- GIRALT (Bonaventure). — *Contribution à l'étude de l'aortite syphilitique*. Th. Montpellier, 1919.
- GIROUX. — *Syphilis du cœur* (1924).
- GOMEZ (D. M.) et RODRIGUE. — *Etude radiologique et clinique de l'opacité aortique*, (un volume chez Arnette, édit., 1930).
- GOMEZ (D. M.). — *L'exagération de l'opacité aortique comme seul signe ayant précédé l'apparition d'une maladie de Hogson*. (Arch. des maladies du cœur, 1931).
- GIROUX et GOMEZ (D. M.). — *Perméabilité artérielle et angine de poitrine*. (Bull. Médical, 1931).
- GUILLY. — *L'aortite, la coexistence chez les syphilitiques avec le tabès et la paralysie générale*. Th. Paris, 1904.
- GOUGEROT. — *Traitement de la syphilis en clientèle*.
- GEUNERICH. — *Zür Technik und Kontraindikationen des Salvarsan* (Münch Med. Woch, 1911, N° 11).
- GOLSCHIEDER. — *Sur les affections syphilitiques de l'aorte* (Medizinische Klinik, 1912, N° 12).
- GRÜBER. — *Über die Dochle-Hellersche Aortitis*. (G. Fischer, éditeur, 1914).
- HEITZ. — *Affections de l'aorte et des artères*. — *Traité de Médecine* Sergent-Ribadeau-Baboneix.
- HELLER. — *Über die Syphilitische Aortitis und ihre Bedeutung für die Entstehung von Aneurysmen* (Verhandlung der deutschen Pathologie Gesellschaft, 2 Tag. München, 1899).
- HIRTZ (B.). — *Les Aortites conjugales* (Paris-Médical, juillet 1913).

- HIRTZ et BRAUN. — *Sur 10 cas d'aortite syphilitique* (Bulletin de la Soc. de méd. des Hôp. de Paris, 1910).
- HUCHARD. — *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux*.
- HOOWER. — *L'aortite syphilitique* (Journ. of the Amer. med. assoc., janv. 1920, p. 226).
- JACCOUD. — *Aortite et anévrismes de l'aorte d'origine syphilitiques*. — La Semaine Médicale, 1887, p. 9.
- JOSUÉ. — *Angine de poitrine et Syphilis* (Paris-Médical, 5 juillet 1919).
- KORCKZINSKI. — *Aortite syphilitique* (Wiener Klinick., Woche 2 novembre 1916).
- LARKIN (J.) et LÉVY (G.) (de New-York). — *Etude pathologique de l'aortite syphilitique* (The Journ. of. expérimentale medicine, t. XXIII, 1^{er} janvier 1916).
- LAUBRY, ROUTHIER et OURY. — *Insuffisance ventriculaire gauche, son rôle en pathologie cardiaque*. (Presse Médicale, 4 avril 1925).
- LAUBRY. — *Maladies du cœur et des vaisseaux*.
- LEREBoullet et HEITZ. — *Les maladies du cœur et des vaisseaux en 1920* (Paris medical, 7 juillet 1920).
- LEREDDE. — *Domaine, traitement et prophylaxie de la syphilis* (1917).
- *La syphilis cardiaque et son traitement* (Soc. franç de Dermat. et de Syph., 11 mars 1920).
- LETULLE. — *La syphilis artérielle* (Presse médicale, 1896, p. 605).
- LEUDET. — *Curabilité de l'artérite syphilitique* (Congrès de Blois, 1884).

- LEVY-FROENKEL. — *Aortites chroniques et athérome infantile, en particulier dans l'hérédo-syphilis* (Th. Paris, 1909).
- LONCOPE (Warfield T.). — *L'aortite syphilitique. Diagnostic et traitement* (Archives of internat. médecine, janvier 1913).
- MACKENZIE (James). — *Principes of diagnosis and treatment in heart affections.*
- MONOD. — *Sur le traitement des anévrismes par le Wiring.* Gazette des Hôp., 4 octobre 1913).
- MARCHAL. — *Séméiologie de l'insuffisance ventriculaire gauche.* (Journal de la Pratique Médicale, avril 1932).
- MARTIUS (K.). — *Über Todesfälle nach salvarsan injectionen bei Herz und gefäßkrankheiten* (Munch Med. Woch., 16 mai 1911).
- OBERNDORFFER. — *Les affections syphilitiques de l'aorte.* Münch. Med. Woch., 1913, N° 10).
- ODDO et MATTEI. — *La syphilis secondaire du cœur et la péricardite syphilitique* (Archives des mal. du cœur et des vaisseaux, juillet 1920).
- ÖETTINGER (W.). — *Comment faut-il traiter l'anévrysme syphilitique de l'aorte* (Paris-médical, 5 juillet 1920).
- PIERRET et DUHOT. — *Les effets du traitement mercuriel dans les cardiopathies. La syphilis du cœur* (Echo Méd. du Nord, 10 novembre 1912).
- QUEYRAT. — *Action efficace des iodures dans les affections vasculaires syphilitiques* (Bulletin de la Soc. de Méd. des Hôp. de Paris, 1912, p. 532).
- RAVAUT. — *La pratique des injections intraveineuses de salvarsan en solution concentrée.* — Presse Méd., 1^{er} mars 1913 et 2 avril 1913.

- ROSTAINE. — *Syphilis de l'appareil circulatoire*. — Traité
Sergent-Ribadeau-Baboneix.
- ROUGIER. — *Traitement des anévrysmes aortiques*. — Thèse
de Paris, 1913.
- RUNEBERG. — *Syphilitic aortitis and anevrysm* (Jour. Am.
med. assoc. Chicago, 1900, p. 433).
- SCHMIDT. — *Erfahrungen über die anwendung und Wir-
kung von Salvarsan* (Münch. med. Woch., avril
1911).
- SCHLESINGER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, août
1933.
- SERGENT (E.). — *La médiastinite syphilitique. Les rapports
avec l'anévrysme de l'aorte* (Presse médicale, 3 juil-
let 1912).
- SÉZARY. — *Histomicrobiologie de l'artérite syphilitique*
(Presse médicale, 10 décembre 1910).
- SPIETHOFF. — *Salvarsan bei syphilis* (Münch. med. Woch.,
24 janv. 1911).
- TEIXEIRA. — *Anevrysm da Aorta e g14* (Reuniaodi clinica
dermatologica de Bello Horizonte, 25 avril 1919).
Archivos mineiros de dermato-syphiligraphica, mai
1919.
- TISSIER et BLANDIN. — *Traitement de la syphilis* (1912).
- TRÉMOLIÈRES et CASTAIGNE. — *La syphilis* (T. IV. Le livre
du médecin).
- *Le siège du souffle de l'insuffisance aortique* (Soc.
med. Hôp. Paris, 28 juin 1918).
- VALOBRA. — *Le Aorti* (Lattes, éditeur, Torino, 1916).
- VAQUEZ et BORDET. — *Le cœur et l'aorte. Etude de radio-
logie clinique*.

VAQUEZ et LAUBRY. — *Sur le traitement spécifique des aortites syphilitiques et anévrysmes de l'aorte* (Archives de maladies du cœur, 9 septembre 1912) (Paris-médical, 12 nov. 1912).

VAQUEZ, LAUBRY et DONZELOT. — *Le traitement des aortites syphilitiques* (XIV^e Congrès français de médecine de Bruxelles, 19 mai 1920).

VAQUEZ. — *L'asystolie du cœur gauche*. (Monde Médical, 25 février 1913).

VERDIÉ. — *Des anévrysmes d'origine syphilitique*. Th. de Paris, 1884.

VINIT. — *Aortites chroniques syphilitiques, inégalité des pouls radiaux* (Th. Paris, 1913).

